

Travail du Service de M. le Professeur Pierre Duval
(Clinique thérapeutique et chirurgicale de Vaugirard).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAPEYRE

Né le 27 mai 1914, à Dax (Landes)
Externe des Hôpitaux de Paris

UN CAS DE PSEUDO-TUBERCULOSE
DU PÉRITOINE SECONDAIRE
A UNE PERFORATION D'ESTOMAC

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

Travail du Service de M. le Professeur Pierre Duval
(Clinique thérapeutique et chirurgicale de Vaugirard).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LAPEYRE

Né le 27 mai 1914, à Dax (Landes)
Externe des Hôpitaux de Paris

UN CAS DE PSEUDO-TUBERCULOSE
DU PÉRITOINE SECONDAIRE
A UNE PERFORATION D'ESTOMAC

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clotis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULE. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SEZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.	} Clinique chirurgicale.
MM. ÉCALLE. METZGER.	} Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En gage de ma profonde affection et de
mon infinie reconnaissance.*

A MADemoisELLE BARTHE

A MA FIANCÉE

A MONSEIGNEUR LAHARGOU

Prélat de Sa Sainteté

En témoignage imparfait de notre reconnaissance pour son inlassable bienveillance et l'élévation de son enseignement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Paris

*Au Maître dont l'enseignement reste
incomparable, qui a bien voulu nous suggérer
ce travail et en accepter la présidence, en
témoignage de notre très respectueuse gra-
titude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

UN CAS DE PSEUDO-TUBERCULOSE DU PÉRITOINE SECONDAIRE A UNE PERFORATION D'ESTOMAC

INTRODUCTION

La constatation sur le péritoine, lors d'opérations dirigées contre des ulcères ou des cancers de l'estomac, de petites granulations très analogues aux granulations tuberculeuses, a plusieurs fois été signalée. Et tour à tour, Lecène et M. Moulonguet en France, Alessandri, Braudes et Fedorovitch, entre autres à l'étranger, se sont attachés, par la publication de très belles observations, à souligner l'hésitation que ces lésions pouvaient faire naître dans l'esprit d'un observateur mal renseigné. Et en fait, le fin granité que ces éléments minuscules, gris blanchâtres plus ou moins confluent, dessinent sur la séreuse péritonéale est bien propre à engendrer la confusion avec une tuberculose péritonéale.

Cependant, les nombreux examens anatomo-pathologiques auxquels ces granulations ont fourni matière n'ont en aucun point permis de retrouver les caractères classiques des follicules tuberculeux. Par contre, la constatation constante dans la zone centrale de la

granulation d'un corps étranger, dont la nature est variée, a permis de penser à un processus réactionnel péritonéal : authentique tumeur bénigne par corps étranger (l'irruption dans le péritoine de celui-ci étant nécessairement secondaire à une perforation de l'estomac).

Et, en effet, tous les cas observés l'ont été à l'occasion d'interventions dirigées sur une lésion ulcéreuse ou néoplasique de la paroi digestive.

Il est à peine besoin de souligner l'importance de tels faits, puisque la constatation des ces granulations péritonéales, outre le problème diagnostic considérable qu'elle pose avec la tuberculose, vient affirmer qu'il s'est produit, à un moment quelconque de l'histoire évolutive de l'ulcère ou du néoplasme, une perforation. On conçoit combien ce renseignement peut être précieux pour décider de la conduite à tenir, de la technique chirurgicale à employer.

Aussi, l'observation très récente d'un cas de pseudo-tuberculose du péritoine, relevée à l'Hôpital de Vaugirard, dans le service de clinique thérapeutique et chirurgicale de notre Maître, M. le Professeur Duval, nous a-t-elle paru mériter notre attention.

M. B..., âgé de 42 ans, entre dans le Service, le 8 août 1939, inquiété par l'aggravation de troubles dyspeptiques dont il se plaint déjà depuis plusieurs années. Et de fait, dès l'abord, le masque amaigri, anémié du malade, retiennent l'intérêt et laissent présumer la sévérité de son affection.

L'interrogatoire retrouve chez ce malade un long passé

digestif, dont les épisodes se déroulent de façon très évocatrice. C'est avec une précision d'horloge que tous les jours à la même heure, après les repas, ce malade se plaint de brûlures gastriques très pénibles dont les alcalins parviennent à peine à éteindre le feu. Seuls les vomissements, très fréquents, surtout ces derniers temps, lui apportent un soulagement, mais ne manquent pas de l'impressionner parce que souvent rougis de sang. Ses selles enfin sont toujours noirâtres, poisseuses.

L'examen immédiatement orienté vers l'estomac par un tableau aussi classique, reste dans l'ensemble négatif. Tout au plus, peut-on noter sur la paroi, outre un certain degré de déshydratation, une hyperesthésie de la région épigastrique. La palpation profonde de celle-ci détermine, chez le malade, un instinctif mouvement de défense.

Le reste de l'examen est dans l'ensemble négatif au point de vue viscéral.

Une radio après repas baryté vient confirmer l'existence à la partie moyenne de la petite courbure d'un ulcère que trahit une niche typique avec bulle gazeuse.

Les examens de laboratoire conseillent cependant une prudente temporisation. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le taux d'urée sanguine est banal : 0,29. Mais un examen hématologique fournit les renseignements suivants : T. S. : 1' — T. C. : 5' — T. h. : 40 %.

G. R.	1.970.000
G. B.	12.400

Aussi deux petites transfusions seront-elles nécessaires, et lorsque le malade est opéré le 14 septembre 1939, le taux des globules rouges est remonté à 4.000.000.

A l'intervention, on note l'existence d'un ulcère de la

petite courbure et l'on se heurte à une péri-gastrite totale. Le foie est complètement adhérent. Il apparaît même impossible de faire une gastro-entérostomie.

Mais cependant l'attention est attirée par un semis de granulations siégeant sur le péritoine au niveau de l'estomac et de l'épiploon. Une de ces granulations est prélevée pour faire l'objet d'un examen histologique.

Les suites opératoires sont simples.

L'étude anatomo-pathologique de la pièce précise que l'on se trouve en présence d'une tumeur par corps étranger du péritoine n'ayant en aucun point les caractères d'un processus tuberculeux ou cancéreux (L'étude détaillée de la préparation sera envisagée plus loin).

PATHOGÉNIE

La pathogénie d'une telle réaction péritonéale est relativement simple : dès l'abord, une condition apparaît comme étant nécessaire et suffisante : c'est la présence dans la cavité péritonéale d'un corps étranger. Or, le péritoine nous apparaissant comme une cavité séreuse enclose de toutes parts et vierge de tout corps étranger, la présence de celui-ci en ce lieu ne peut se concevoir que si l'on fait intervenir la notion d'une porte d'entrée ; en l'occurrence, une solution de continuité nécessairement pathologique au niveau de la paroi gastrique, si bien qu'en dernière analyse, un fait essentiel se dégage : une perforation de la paroi gastrique est *toujours* à l'origine des granulations que nous étudions ; c'est là une condition *sine qua non*.

Toutes les fois qu'une telle perforation survient, la constatation de ces granulations n'est plus impossible et nous insistons sur le caractère beaucoup plus général et conditionnel que ce second énoncé doit conserver. Car, évidemment, toutes les perforations ne permettent pas d'observer de tels faits. Il est à peine besoin, pour illustrer ce détail, de relever le contraste extrême opposant la fréquence des perforations gas-

triques à la rareté de semblables tumeurs du péritoine.

Et c'est ainsi que les *caractères* de la perforation prennent une ampleur considérable par le rôle qu'ils jouent dans la genèse de cette réaction séreuse. Il faut d'abord envisager *la date* de la perforation. Il est flagrant que les perforations gastriques qui ont immédiatement reçu une sanction chirurgicale, telles les perforations traumatiques, les perforations ulcéreuses ou néoplasiques, avec drame péritonéal aigu, en un mot, toutes les perforations immédiatement diagnostiquées et par conséquent traitées, ne laissent pas au péritoine le temps d'échaffauder la réaction que nous envisageons.

Une réserve s'impose cependant : il est permis de se demander si ce processus réactionnel ne peut s'édifier ultérieurement autour de quelques parcelles alimentaires ayant échappé au nettoyage péritonéal le plus consciencieux.

Cette restriction admise, la question du laps de temps minimum nécessaire à l'apparition de ces granulations se pose. Mais ici, un élément fait généralement défaut, c'est la date de la perforation qui, cliniquement, est latente. Cependant, une observation rapportée par Lecène et M. Moulonguet nous fournit une intéressante précision. Ces auteurs rapportent le cas d'un homme atteint d'un cancer du pylore et qui fut opéré (gastro-entérostomie) trois semaines après avoir présenté un syndrome de perforation couverte. A l'intervention, outre une grosse réaction adhéren-

tielle, ces auteurs notèrent un semis de granulations criblant la séreuse. Le nombre, certainement considérable de ces granulations, leur constitution parfaite à l'examen anatomo-pathologique permet de présumer qu'il ne s'agissait pas là, d'un élément précoce, d'une ébauche de réaction péritonéale, mais bien d'une lésion déjà parfaitement constituée et en pleine évolution.

Ce délai minimum de trois semaines nous semble donc encore trop long. Il est certainement beaucoup plus restreint. Et ceci ne saurait surprendre quiconque est averti de l'évolution rapide d'un oléome thérapeutique, ou considère que l'essentiel de ces tumeurs par corps étranger se résume à un simple afflux leucocytaire.

Mais la date de la perforation n'est pas le seul aspect intéressant de celle-ci et, si son siège, sa nature (ulcère ou néoplasme) nous apparaissent comme étant de moindre intérêt, il en est tout différemment du CALIBRE de la perforation dont l'importance est considérable.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître la valeur fondamentale d'un tel fait. Les granulomes du péritoine sont consécutifs à des perforations dont le calibre est minime. Il s'agit toujours d'un petit pertuis, d'une simple fissuration, ou d'une perforation couverte et dont la lumière se trouve par conséquent être très réduite.

Ceci ne manque pas d'être riche de conséquences. Trois d'entre elles nous apparaissent essentielles :

- C'est d'abord la facilité avec laquelle une telle perforation pourra spontanément s'oblitérer, la facilité avec laquelle une frange épiploïque, le foie, la paroi antérieure même vont pouvoir aveugler cette redoutable voie septique ;
- C'est ensuite (et ce fait trouve en partie son explication, à la fois dans ce qui précède et ce qui suit) la discrétion de la symptomatologie si constamment soulignée dans toutes les observations ;
- C'est surtout la quantité minime du contenu gastrique à laquelle cette fissuration livrera passage. Et ce dernier point mérite à son tour d'attirer l'attention.

D'une part, il sera en général aisé pour le péritoine de réagir efficacement par un processus subaigu et local contre un élément septique minime. Ainsi le malade échappe à la péritonite aiguë généralisée, ainsi la réaction péritonéale évoluera-t-elle à bas bruit, en l'absence de ce classique tableau si spectaculaire qui commande l'intervention.

D'autre part, il faut considérer non seulement la *quantité* toujours très restreinte du contenu gastrique qui sourd dans le péritoine, mais surtout le *volume* des éléments constituant ce liquide gastrique. Par définition, ces corps étrangers présenteront un diamètre inférieur, ou tout au plus égal au diamètre de la perforation. C'est insister sur leur aspect toujours extrêmement réduit : tel que grain de poudre théra-

peutique, parcelles alimentaires déjà divisées par la mastication et l'action lysante des ferments gastriques.

En résumé, tout se passe comme si le contenu gastrique était passé au crible à travers la perforation ; seuls, pénétrant dans le péritoine les éléments dont le diamètre n'est pas supérieur à celui de la perforation. Et ceci rend compte de ce que, après de nombreux auteurs, nous avons nous mêmes eu l'occasion de constater : le caractère très réduit de cette tumeur par corps étranger.

D'ailleurs, le volume du corps étranger n'est pas le seul facteur jouant ici un rôle. Sa forme, sa nature surtout assume une participation dans la genèse de la tumeur qui n'est pas négligeable. Pour l'instant cependant, on se limitera à une simple énumération : poudre de charbon thérapeutique si fréquemment utilisée chez ces malades, parcelles de végétaux, débris alimentaires variés, graines de framboises, méconium, tels sont, choisis au hasard, les corps hétéroclites que l'on surprend au centre de ces tumeurs. Leur nature, leur variété est évidemment fonction de la diversité du contenu gastrique.

Mais tous les corps étrangers énumérés jusqu'à présent avaient des caractères de corps solides ayant la possibilité d'appeler une réaction de la séreuse par les micro-traumatismes dont ils blessaient celle-ci. C'est le mérite d'une observation de Lecène et M. Moulonguet d'avoir attiré l'attention sur la possibilité de semblables réactions péritonéales avec un corps étranger

liquide. L'examen microscopique avait montré au centre de la tumeur l'existence indiscutable d'une plage de cytotéatonécrose consécutive à l'irruption dans la cavité péritonéale d'une petite quantité de suc pancréatique activé. Il est ici permis de se demander si ce n'est pas le foyer de cytotéatonécrose lui-même qui a fait fonction de corps étranger.

Quoi qu'il en soit, on peut donc penser qu'à côté des granulomes péritonéaux ayant à leur origine l'issue dans la cavité péritonéale d'une parcelle d'un corps solide quelconque, il faut faire une place que rien n'autorise à restreindre, au rôle que peut jouer un corps liquide (ferment digestif par exemple).

Enfin, la similitude de ces lésions avec une tuberculose du péritoine implique la coexistence d'un certain nombre de granulations (la plupart des observations ne parlent-elles pas d'un *semis* de granulations) et nous-mêmes, dans le cas observé, n'avons pas manqué de souligner leur multiplicité. Un tel fait appelle nécessairement une notion de multiplicité pour les corps étrangers, ou mieux de division certainement très poussée, d'état pulvérulent tels que les réalisent les produits de la digestion, les poudres thérapeutiques. Et ceci semble nous permettre d'établir un trait d'union avec les corps étrangers liquides, dont les « traînées » peuvent se répéter un grand nombre de fois sur la séreuse avant de s'épuiser.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La pseudo-tuberculose du péritoine secondaire aux perforations du tube digestif présente un lien certain, une homogénéité incontestée lorsqu'elle est envisagée, ainsi que nous venons de nous y essayer, sous son aspect étiologique, pathogénique et macroscopique.

Une diversité surprenante vient au contraire jeter le désordre dans tout essai de classification anatomo-pathologique. Les réactions histologiques du péritoine, quoique toujours ici relativement banales, échappent à toute systématisation. Chaque péritoine réagit à sa façon, selon son corps étranger et sa forme et son volume et sa nature.

On peut cependant avancer que l'irruption dans la cavité péritonéale d'un corps étranger va provoquer de la part de la séreuse une double réponse :

— L'une simple, banale, dirigée contre l'infection toujours *univoque*, c'est un processus de péritonite subaiguë ou chronique se traduisant par un réseau adhérentiel inextricable. Arme à deux tranchants puisque, si elle limite l'infection et participe à l'obturation de la fissuration viscérale, elle a, par contre, l'inconvénient de restreindre considérablement le geste opératoire.

— L'autre plus intéressante, plus discrète, d'aspect très divers, c'est la réponse proprement dite de la séreuse au corps étranger. Nous avons déjà dit la vanité de toute classification. Force est ici d'envisager le problème à la lumière des diverses observations qui nous sont proposées.

Le cas que nous avons observé à Vaugirard nous a amené aux conclusions anatomo-pathologiques suivantes :

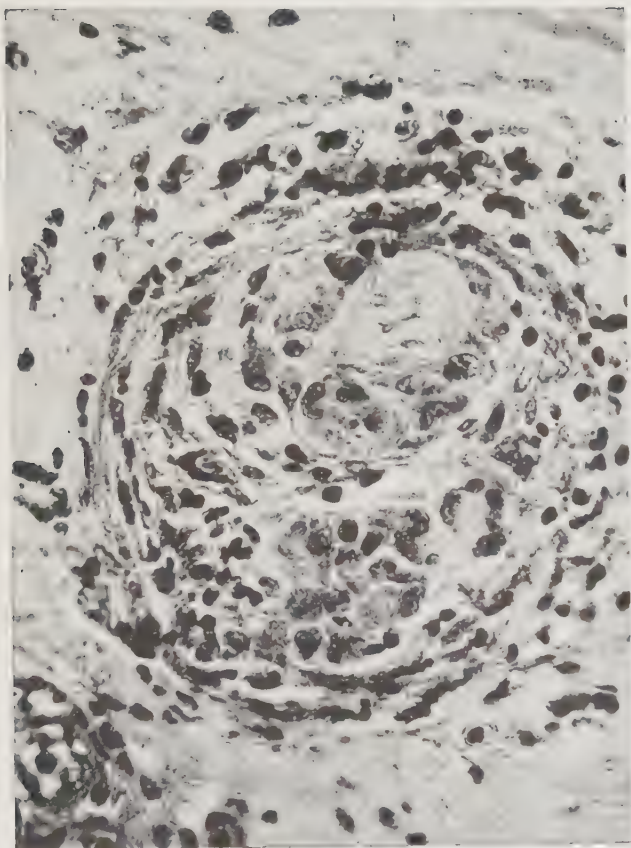
Le prélèvement ayant porté sur le tissu conjonctivo-graisseux péritonéal, les axes conjonctifs péri-vasculaires y apparaissent très nettement épaissis et occupés par de *nombreux foyers nodulaires arrondis*. Ceux-ci ont tous les caractères de nodules réactionnels vis-à-vis de corps étrangers. On y voit de dedans en dehors :

- un centre nécrotique,
- quelques macrophages géants,
- un anneau de réaction scléreuse.

Ces lésions n'ont en aucun point les caractères des follicules tuberculeux. Elles apparaissent saines de toute formation néoplasique.

Quatre cas rapportés par Lecène nous montrent quatre autres modes réactionnels différents :

PREMIER CAS : Les pseudo-tubercules sont formés par des nodules fibreux, au centre desquels se voient des taches noires qui ne sont autres que de petits



Nous devons à la collaboration bienveillante de Mlle Gauthier-Villars, chef des Travaux pratiques d'Anatomopathologie, la préparation ci-jointe et l'analyse de celle-ci. Qu'elle veuille bien trouver ici, l'expression de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

amas de charbon. Les cellules ayant englobé celui-ci sont de grands macrophages uni-cellulaires.

DEUXIÈME CAS : Au centre du tubercule, on note ici des débris alimentaires entourés d'une aréole de cellules radiées, presque complètement fusionnées les unes aux autres et constituant ainsi une plasmode multinuclée, véritable cellule géante en cercle de taille énorme. En de nombreux points existent des amas de cellules géantes de type ordinaire. *Nulle part, il n'y a de cellules cancéreuses, il s'agit d'une réaction contre des débris alimentaires et nullement d'un processus cancéreux.*

TROISIÈME CAS : L'examen de la pièce montre ici en certaines places de nombreux polynucléaires, mais avec eux se retrouvent des cellules géantes comparables à celles des cas précédents. Elles tendent ici à entourer un corps étranger qui a un aspect bien spécial : c'est un débris d'origine végétale reconnaissable à son double contour et à la forme des cellules. Dans leurs alvéoles, les cellules inflammatoires se sont introduites et ont déjà réussi à démolir certaines de leurs cloisons.

QUATRIÈME CAS : Une coloration spéciale au rouge soudan III et à l'hématéine fournit l'occasion d'observer l'aspect caractéristique d'un foyer de cytotéatonécrose. Ce qui forme le centre de la figure est ici un amas de savons calcaires intensément colorés

par l'hématéine. Tout autour, on voit des cellules graisseuses aux différents stades de la cytotéatonécrose.

Une question se pose : quelle sera l'évolution, l'avenir de ces granulations ? On peut se demander si l'âge du follicule ne joue pas un rôle dans son aspect anatomo-pathologique. Et c'est l'étude des lésions, comparativement à leur âge qui nous a amenés à penser qu'il s'agissait là d'un processus évolutif assez général. Par exemple, lésions avec grosse réaction leucocytaire dans un cas observé trois semaines après une perforation banale ; lésions scléreuses, cicatricielles dans un cas évoluant depuis longtemps. *Peu importe d'ailleurs la diversité histologique, un seul fait compte ici : il s'agit d'un follicule qui n'a pas présenté, ne présente et ne présentera jamais de caractère rattachable à un processus tuberculeux ou cancéreux.*

CLINIQUE

Considéré sous son angle clinique, le problème des pseudo-tuberculoses du péritoine, ne paraît pas devoir longtemps retenir l'attention. On est trop averti, en effet, des manifestations péritonéales importantes observées dans les ulcères ou les néoplasmes du tube digestif pour pouvoir accorder le moindre rôle dans celles-ci, aux granulations péritonéales. Certes, le malade que nous avons observé présentait des vomissements extrêmement fréquents, se plaignait d'un constant état nauséux, mais nous ne saurions, sans tomber dans l'arbitraire, préférer imputer l'importance de ces manifestations fonctionnelles aux granulations péritonéales plutôt qu'à l'ulcère et à sa péri-gastrite concomitante. Au demeurant, le problème clinique est ailleurs. Il est dans la notion d'un cortège fonctionnel évocateur de perforation. C'est ainsi que notre malade ne peut effacer de sa mémoire certaines heures particulièrement pénibles qu'il a vécues il y a quelque temps. C'est ainsi que tel autre sujet présente un véritable drame péritonéal, alors qu'il absorbe une gelée de framboises dont on retrouvera, un an plus tard, des grains au centre des granulomes. Chez tel autre enfin, c'est le tableau de la perforation bou-

chée ; et les exemples pourraient ainsi se multiplier...

Il faut cependant faire une large réserve : de nombreuses perforations restent fonctionnellement latentes, rendant compte du silence clinique absolu de nombre de granulomes. Et l'on peut estimer que, pratiquement, ceux-ci sont toujours des découvertes d'intervention ou d'autopsie.

DIAGNOSTIC

De nombreux problèmes diagnostiques, lourds de conséquences thérapeutiques, se trouvent être soulevés sitôt que l'ouverture de la cavité péritonéale découvre une séreuse parsemée de granulations. C'est que l'aspect de ce fin granité que dessinent sur la séreuse ces petits éléments gris-blanchâtres plus ou moins confluent n'a rien de spécifique ; il peut être observé dans d'autres affections, en général beaucoup plus sévères et qu'il convient d'éliminer. Un premier problème se pose : *s'agit-il de granulations tuberculeuses ?*

Certes, dans la tuberculose ces granulations présentent souvent une teinte grisâtre, s'accompagnent de transsudations séreuses. Mais ces faits sont trop fréquemment en défaut pour présenter une réelle valeur. Beaucoup plus intéressante serait la notion d'une autre localisation tuberculeuse, d'une histoire clinique d'imprégnation. L'absence, d'autre part, de faits symptomatiques ou radiologiques affirmant de façon indiscutable une lésion gastrique est bien significative. Mais, en réalité, c'est au microscope qu'il faut en dernière analyse demander le diagnostic.

La tuberculose péritonéale étant éliminée, le vaste

chapitre des pseudo-tuberculoses du péritoine s'ouvre, et il faut tour à tour envisager :

Une échinococcose péritonéale (dans sa forme pseudo-ψ). Mais ici le malade peut raconter une longue histoire hépatique ; bien souvent cependant, ce sont les manifestations péritonéales, d'ailleurs souvent très vagues, qui sont les premières à attirer l'attention. En réalité, c'est encore un diagnostic de laboratoire.

— Enfin, la possibilité d'une carcinose miliaire devra à son tour être envisagée. Généralement, une symptomatologie plus importante (état général, ascite hémorragique, notion possible d'un néo-primitif) permet de soupçonner la nature maligne de ces granulations. De toute façon, d'ailleurs, l'examen histologique de la pièce est indispensable.

Et c'est ainsi que par élimination successive, les granulations pseudo-tuberculeuses peuvent être rapportées à un processus réactionnel vis-à-vis d'un corps étranger.

Un dernier point reste à préciser : le siège de la perforation. A ce propos, il faut connaître l'existence pour procéder à une rapide élimination des ruptures de l'intestin (cœcum, rectum, grêle) expliquant la présence dans les granulations d'œufs de ténias (Helbig) d'oxyures (Kolb, Schneider, Strada). D'ailleurs, la topographie des granulations joue ici un grand rôle. Il faut souligner la dissémination *péri-lésionnelle* de celles-ci. Et ce caractère sera fréquemment utilisé dans la différenciation des granulations

par corps étrangers d'avec les granulations tuberculeuses et les autres pseudo-granulations tuberculeuses, dont la disposition est capricieuse et répartie sur tout le péritoine.

En pratique, le diagnostic comporte deux éléments essentiels :

- l'un clinique : la notion d'une affection gastrique ;
 - l'autre anatomo-pathologique : l'examen histologique d'une granulation.
-

CONCLUSION

Au terme de cette rapide étude, deux notions essentielles méritent d'être retenues. C'est d'une part le mode réactionnel de la séreuse péritonéale, c'est d'autre part les déductions fondamentales que la constatation de ces pseudo-tuberculoses imposent.

I — Nous avons été amenés à penser que la réponse péritonéale vis-à-vis d'un corps étranger comporte une grande diversité. Diversité qui trouve son expression non pas dans l'aspect macroscopique des lésions toujours assez comparable, mais bien dans les aspects très variés que revêtent leur structure anatomo-pathologique. Les lésions observées peuvent, tour à tour, entre autre offrir les caractères d'un processus soit inflammatoire, soit cicatriciel, soit macrophagique, *mais jamais l'aspect n'est celui de granulations tuberculeuses ou cancéreuses.*

II. — L'étude pathogénique de ces lésions nous a montré de façon formelle la nécessité d'une perforation préexistante de la paroi digestive. Et, dès lors, on est amené à souligner l'intérêt de leur constatation

puisqu'elles avertissent le chirurgien de l'existence *certaine* d'une perforation dans l'histoire de la gastropathie qu'il se propose de traiter. On imagine sans peine combien ce renseignement peut être précieux pour décider de la conduite à tenir et du choix de la technique chirurgicale à employer.

Vu : le Président de la thèse,
M. DUVAL.

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

3348. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-1929
